

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

33^{N°}

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PRÉSENTÉE

PAR

LEVIEFF Mayer

Né le 1^{er} décembre 1906, à Sofia (Bulgarie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MANIFESTATIONS ÉRUPTIVES
DE LA GRIPPE

Président : M. TANON, Professeur.

LIBRAIRIE E. S. J.

24, Rue Racine, 24

PARIS (6^e)

1934

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des
MANIFESTATIONS ÉRUPTIVES DE LA GRIPPE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PRÉSENTÉE

PAR

LEVIEFF Mayer

Né le 1^{er} décembre 1906, à Sofia (Bulgarie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MANIFESTATIONS ÉRUPTIVES
DE LA GRIPPE

Président : M. TANON, Professeur.

LIBRAIRIE E. S. J.

24, Rue Racine, 24

PARIS (6^e)

1934



A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MA FAMILLE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Conseiller technique du Ministère de la Santé Publique
Inspecteur général des Services techniques d'hygiène
à la Préfecture de Police
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de notre profonde reconnaissance
pour le très grand honneur qu'il nous fit
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAMBESSÉDÈS

Ancien chef de clinique à la Faculté
Médecin inspecteur des épidémies

*Qui a bien voulu nous fournir le sujet de notre
thèse et nous guider dans ce travail.*

LE DOYEN : M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

Anatomie.	MM.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	ROUVIÈRE.
Physiologie	PROUST.
Physique médicale.	BINET.
Chimie médicale.	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CLERC.
Anatomie pathologique	CHEVASSU
Histologie.	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale.	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive.	LOEPER
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIÈRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiâtrie.	LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
AUBERTIN. . . Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.	LEVEUF. . . . Pathologie chirurgicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.	LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
BRULÉ Pathologie médicale.	LIAN Pathologie médicale.
BUSQUET . . . Pharmacologie.	MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.
CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.	MOREAU. . . . Pathologie médicale.
CATHALA . . . Pathologie médicale.	MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
CHABROL . . . Pathologie médicale.	MOURE Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT. . . Physiologie.	OBERLING. . . Anatomie pathologique.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	OLIVIER. . . . Anatomie.
DOGNON. . . . Physique.	PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
DONZELOT . . Pathologie médicale.	PORTES Obstétrique.
ÉCALLE Obstétrique.	QUÉNU Pathologie chirurgicale.
FEY. Urologie.	RICHET Physiologie.
GASTINEL. . . Bactériologie.	SANNIÉ Chimie biologique.
GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.	SÉZARY. . . . Dermatologie et syphili-
DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie chirurgicale.	graphie.
GIROUD Histologie.	TROISIÈRE . . . Pathologie expérimentale
HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.	et comparée.
HARVIER . . . Pathologie médicale.	VALLERY-RADOT
HAZARD Pharmacologie.	(Pasteur) Pathologie médicale.
HUGUENIN . . Anatomie pathologique,	VAUDESCAL. . Obstétrique.
JOANNON . . . Hygiène.	VELTER. . . . Ophthalmologie.
	VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
LEQUEUX . . . Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE. . . Parasitologie.
LEROUX Anatomie pathologique.	RETTERER. . . . Histologie.
	ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI. . . .	Clinique médicale.	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.
MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT . . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé. .	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Au cours de l'épidémie de grippe de 1890, mais aussi dans une moindre mesure au cours des épidémies antérieures et postérieures à cette époque, un certain nombre d'auteurs, français avant tout, anglais et américains ensuite et puis allemands, russes, italiens, espagnols et tchécoslovaques, enfin des scandinaves et hongrois ont décrit une série de symptômes cutanés attribués, d'après eux, à la grippe épidémique. C'est en France que l'on trouve le plus de travaux et aussi les plus anciens. Il y a près d'un siècle, l'Académie Royale de Médecine consacra sa séance du 14 février 1838 à la grippe épidémique et ses manifestations cutanées. M. Recamier signala en ces termes les éruptions grippales :

« La grippe de 1837 n'est pas une bronchite, c'est un
« catarrhe tussiculeux analogue aux maladies éruptives,
« il présente courbature, fièvre, céphalalgie plus ou
« moins intense, rougeur des yeux, mal de gorge, éternuements, toux et souvent éruption à la peau ou d'éry-
« sipèles, ou de taches scarlatineuses, ou de pustules labiales, enfin sueurs ; sueurs qu'il ne faut pas interrompre, car dans les cas ordinaires elles ont suffi à la guérison. »

A la même séance, M. Lepellier, qui vit 1.050 malades

grippés au bureau central de l'Hôtel-Dieu, signale aussi les éruptions cutanées :

« La grippe est la même chez tous les malades, dit cet auteur, seulement elle est ici simple, compliquée de pleurésie, de pneumonie, d'éruption cutanée, d'apoplexie, de typhus, etc... »

Dans le rapport mentionné ci-dessus, M. Recamier déclara avoir observé « La grippe éruptive, céphalalgique, rhumatismale, dyspnoïque, paralytique, pulmonique, etc. » De ce rapport c'est surtout la notion et l'expression de « Grippe éruptive » qui survivent. Les publications ultérieures qui abondent autour de l'épidémie de 1889-1890 sont influencées pour une large part des conceptions de M. Recamier. Tous les auteurs, à partir de Recamier jusqu'à ce jour, tous ceux qui se sont occupés de la question de l'existence des éruptions cutanées au cours de la grippe épidémique et de leur pathogénie, acceptent avec cet auteur l'existence d'une forme particulièrement rare de la grippe qui s'accompagne d'érythèmes. Les noms des grands maîtres Comby et Huchard sont liés à l'étude des éruptions grippales. Ce dernier en particulier a fait une étude historique de la question de la grippe épidémique remontant aux travaux de Valesco de Tarente, en 1387, à ceux de Pasquier, en 1403, à la grande épidémie de 1580 et à celles de 1769 observées par Lepecey de la Clôture, en Normandie.

Dans ses « Remarques sur la Grippe », il écrit :

« Il y aurait un parallèle important à établir entre l'épidémie de 1889-1890 et les épidémies anciennes. On verrait ainsi que les mêmes caractères cliniques se trouvent reproduits par les auteurs anciens ; on a noté ainsi de vives douleurs, des *exanthèmes*, des ac-

« cidents « pernicioeux, malins, ou pestilentiels que de
« nos jours on appelle infectieux. »

Ceci est écrit en 1890. C'est l'époque à laquelle tout le monde parle de la grippe éruptive. La Soc. Méd. des Hôp., en ses séances du 7 et du 21 février, voit de nouveau posée mais d'une façon plus concrète et précise la question de la grippe éruptive.

Comby, Féréol, Alex, Renault, André Petit et Faisans publient un certain nombre d'observations permettant cette fois de se faire, grâce à la description clinique, une idée concrète de la nature exacte des érythèmes.

C'est à la même époque que paraissent la thèse de Cézilly qui mentionne les éruptions, observations à l'appui, et aussi l'étude minutieuse et d'une grande importance de Barthélemy. Les notes de ce dernier auteur constituent un des documents les plus précieux dans l'étude de notre sujet. La description des manifestations éruptives y est faite avec abondance de détails et précision. Elle porte, d'autre part, sur un très grand nombre de malades grippés et aussi d'éruptions.

Les manifestations éruptives de la grippe revêtent une morphologie extrêmement variée. Elles sont rares, souvent même fugaces. Leur bénignité est la règle. Leur contagiosité soutenue par Leimdorfer n'a jamais été démontrée par les auteurs. Il semble, d'autre part, que ces éruptions soient particulièrement fréquentes lors de certaines épidémies seulement. Tous ces faits : rareté, bénignité, fugacité, absence de contagiosité et apparition périodique, font que ces phénomènes soient peu connus des médecins et aussi peu observés. Les conclusions des auteurs qui se sont occupés du problème : Recamier, Comby, Huchard, Professeur Carrieu, de Montpellier, ont influé le sens des recherches. La totalité des auteurs

considèrent comme un fait prouvé l'existence de ce que Recamier a appelé « La Grippe éruptive ». Personne ne semble en douter. L'influence de cette dernière conception est évidente jusque sur les titres même des différents travaux :

M. H. Garriçon parle de « The la Grippe Exanthemata » ;

Le Professeur Albert Jobin, de Québec (Canada), « De l'érythème grippal » ;

M. Pantaléoni, de « L'Influenza a manifestazioni prevalentemente cutanée ».

L'idée de M. Recamier que la grippe est une maladie « analogue aux maladies éruptives », a poussé les recherches du côté des grandes éruptions, rashes, etc. On trouve dans la littérature médicale un nombre relativement grand de publications ayant trait aux exanthèmes scarlatiniformes : André Petit, Faisans, Antony et Biscons, Monteux et Lop, de Marseille ; Barthélemy, Comby, Féréol, Huchard, Carrieu, de Montpellier ; Cézilly, Bruno Sellner, Haïniss, Morawetz, Hardy, Regan, Pantaléoni, Albert Jobin, etc. Un nombre moins grand d'observations d'exanthèmes morbiliformes et un petit nombre seulement d'exanthèmes circinés et de taches rosées lenticulaires.

Ces rashes ou éruptions sont très importants à connaître et à préciser à cause de leur parenté avec celles des maladies éruptives : scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde, cinquième maladie. Il est avant tout important pour éclaircir la pathogénie des éruptions dites « grippales », de connaître toutes les manifestations éruptives observées au cours de la grippe épidémique. Ces manifestations sont nombreuses et surtout de nature différente ;

le plus grand nombre se rattachent à des infections microbiennes secondaires comme par exemple les furoncles, orgelets, sycosis vulgaire, herpès, zona, réveil d'acné ancien, conjonctivite, stomatite, glossite, érythème noueux, ulcérations gangréneuses et noma, roséoles fébriles, érythèmes polymorphes, pytiriasis lichénoïde chronique, etc.

Nous mentionnons dans une place à part l'urticaire, l'eczéma suintant, le purpura, la sclérodermie.

Un médecin tchèque, V. Janovski, dans la revue *Ceska Dermatologia* de 1921 fait la classification suivante des manifestations éruptives :

1) Formes érythémateuses :

punctiforme (pointillée) ;

morbiliforme ;

linéaire ;

diffuse ;

érythème noueux.

2) Urticaire.

3) Purpura.

Les auteurs français Lortat-Jacob et Solente et Solente par ailleurs, ont fait une classification qui nous semble être complète, englobant trois sortes de manifestations : les troubles vaso-moteurs, la simple rougeur de la peau, portée à son maximum d'intensité lui donnant l'aspect « uniformément rouge, d'un rouge vineux, avec des reflets bronzés, tuméfiée sans œdème, sans piqueté, comme badigeonnée, presque luisante ». Les infections microbiennes secondaires développées sur un terrain favorable à l'infection grippale : herpès, zona, abcès, etc.

Les rashes, éruptions scarlatiniformes, morbiliformes, circinées.

Seul, Barthélemy s'attache à décrire les troubles vasomoteurs, la simple rougeur de la peau, rougeur particulièrement intense qui n'a pas retenu l'attention des auteurs. Elle accompagne une transpiration abondante mentionnée par Recamier.

Les infections microbiennes secondaires ont été souvent mentionnées. Elles sont nombreuses, et le fait mérite d'être signalé, leur aspect clinique semble modifié par l'infection grippale. Ainsi chez une malade de Carrieu, de Montpellier (Marie M..., 19 ans), sujette à des poussées d'acné, l'infection grippale provoque une éruption généralisée d'acné sur toute l'étendue du corps. Chez une malade de Barthélemy c'est une éruption généralisée mais exclusivement développée autour de tous les follicules pilo-sébacés et rien que là. « La peau était franchement ansérine ». Enfin, Freund, dans la « *Zentralblatt für G. und Hautkr.* », 1927, publie une observation de pityriasis lichénoïde généralisé. Il existe dans la littérature médicale des observations d'herpès étendu à toute une région du corps. La grande fertilité en microbes de sortie du terrain grippal a attiré depuis longtemps l'attention des cliniciens et savants. Rob. Debré, en 1918, a communiqué à la Soc. de Biologie le résultat de ses recherches sur l'anergie grippale. Il ressort de ces recherches importantes, qu'après la rougeole la grippe est la maladie la plus anergisante. Tandis que dans la première maladie l'anergie s'observe dans 90 % de cas, dans la grippe elle se voit dans 72 % de cas. Le phénomène de l'anergie semble évident dans l'apparition des nombreuses infections microbiennes. Il n'est contesté par

personne. Peut-on expliquer aussi par ce phénomène l'apparition plus ou moins fugace des rashes scarlatini-formes, morbiliformes et circinés, des taches rosées lenticulaires ? Peut-on admettre que ces éruptions si variées dans leur morphologie et leur comportement au point de vue clinique soient, comme le pensent la plupart des auteurs, des symptômes d'une même maladie, des érythèmes grippaux ?

Un auteur allemand, Leimdörfer, dans une brève étude sur « l'cnanthème et l'exanthème grippal », se prononce en faveur de l'origine grippale de ces manifestations et s'efforce, en se basant sur de nombreux travaux anatomo-pathologiques d'autres auteurs, de démontrer l'existence d'un substratum anatomique de ces manifestations.

Voici le résultat des travaux de Stoerk et Epstein :

Au cours d'une épidémie de grippe, ces auteurs ont trouvé des graves altérations des vaisseaux dans le domaine de la grande circulation et notamment des lésions importantes de l'Intima (der *Elastica interna*), une nécrose des cellules musculaires (*Muskelszellen*) de la Media et enfin des lésions dans la région de la couche externe. Pour Leimdörfer, ces lésions vasculaires sont la preuve que la toxine grippale passe dans le sang à son point particulier de pénétration au niveau des vaisseaux.

Les travaux de von Unna sur la scarlatine et la rougeole, les recherches histologiques de Fränkel, Aschoff, Geelen, etc., dans la fièvre typhoïde, confirment l'existence de liens de parenté très étroits entre les altérations vasculaires d'une part et les exanthèmes.

Haïniss et Morawetz, qui ont étudié les éruptions scar-

latiniformes, sont d'avis que dans certains cas, malgré la réaction d'extinction de Schultz-Charlton et le caractère de l'épidémie, le diagnostic différentiel peut être impossible et qu'il faut compter avec une combinaison des deux maladies (...das auch mit Kombination beider Erkrankungen mitunder zu rechnen ist.).

Et sur ces considérations, Leimdörfer finit par admettre cette opinion, émise environ un siècle avant par Recamier, que la grippe doit être considérée comme une affection à placer tout près des maladies éruptives.

Leimdörfer admet avec deux auteurs allemands, Landsteiner et F. Edelman, la grande morbidité et contagiosité des rashes. Il faut remarquer que ces auteurs sont les seuls à l'admettre. Les données de la bactériologie, affirme Leimdörfer, parlent dans le même sens, démontrant comme agent de l'infection grippale elle-même un virus filtrant et comme des agents d'infections secondaires les microbes trouvés avec lui.

Cet auteur s'arrête aussi à la description d'un aspect particulier de la langue grippale. Congestion et infiltration des papilles qui donnent à la langue un aspect typique, aspect qui ne serait pas sans analogie avec la langue framboisée de la scarlatine, avec cette différence que dans le dernier cas les papilles sont infiltrées et congestionnées sur la totalité de la langue, tandis que dans la grippe ce phénomène serait marqué surtout à la base de la langue et quelquefois sur la ligne médiane.

Les hypothèses et les nombreuses recherches des auteurs allemands précités viennent encore poser de nouveau le problème de la nature véritable des éruptions grippales.

DESCRIPTION

DES MANIFESTATIONS ÉRUPTIVES

Nous ne nous arrêterons pas sur les manifestations banales telles que l'herpès, le zona, les furoncles, orgelets, abcès, etc. Il nous semble que le chapitre le plus important de la question est celui des rashes, des éruptions à caractères scarlatiniforme, morbiliforme, circoné, des taches rosées lenticulaires.

Nous apportons en premier lieu et grâce à la bienveillance de notre Maître Cambessédès, quelques observations nouvelles qui lui appartiennent. Nous tenons ici à le remercier pour les conseils et la direction qu'il a donnés à notre travail.

La presque totalité des observations qui vont suivre ont été recueillies au moment des grandes épidémies de grippe des années 1837, 1890, 1899-1900, 1918, etc. La plupart font partie d'études spéciales à l'occasion de ces épidémies et de leurs manifestations éruptives. Nous ne donnons que des citations extrêmement réduites limitées uniquement aux faits essentiels et à la description des symptômes éruptifs.

ÉRUPTIONS SCARLATINIFORMES

CAMBESSÉDÈS. — Epidémie de grippe dans une famille médicale.

a) C... D., âgé de 4 ans. Après quelques jours de fièvre la

température tombe puis remonte et en même temps apparaît un érythème scarlatiniforme discret. Pas de vomissements. La gorge est un peu rouge mais la langue n'a nullement le caractère scarlatineux. Elle n'est pas rouge à la pointe et sur les bords et ne desquame pas. Malgré la température remontée à 39° il garde un bon état général. Vu par plusieurs médecins de la Faculté, particulièrement compétents en la matière. On ne porte pas de diagnostic de scarlatine.

b) C... Olivier, 7 ans, voisin de lit du premier malade. Il couche dans la même chambre. Il fait une grippe sans érythèmes. Il n'a pas eu la scarlatine.

c) G... La gouvernante qui couche dans la même chambre avec les deux enfants fait une poussée fébrile de deux jours à la suite de laquelle elle présente un érythème scarlatiniforme du dos des deux poignets sans généralisation.

d) C... Jacqueline, 18 ans, fait un jour de la fièvre avec éruption scarlatiniforme généralisée mais légère. La malade ne s'est pas alitée.

e) C... Françoise, 13 ans, fait une scarlatine typique : angine, langue scarlatineuse, éruption généralisée, desquamation en doigt de gant.

f) Moni Lise, 10 ans, fait une grippe banale.

g) C... Catherine qui couche dans la même chambre que Moni Lise fait une grippe au cours de laquelle survient une diphtérie grave. Pas de scarlatine mais elle l'avait eue en 1932.

COMBY. — Obs. 2. (*Soc. Méd. Hôp.* 1890).

...Fille de cinq ans..., a présenté sur le dos seulement une éruption framboisée, analogue à la scarlatine, ayant disparu en deux jours sans laisser des traces.

FÉREOL. — Obs. 3. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1890).

...Cuisinière, a présenté une rougeur scarlatiniforme de la figure, des épaules et des bras, avec des démangeaisons et

picotements insupportables, tension douloureuse des doigts de la peau, rendant impossible les mouvements des doigts ; injection des conjonctives.

FÉRÉOL. — Obs. 4. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1890).

...Dame de 50 ans, éruption identique qui s'est produite presque instantanément. Eruption passagère (24-36 H.) pas de desquamation. En plus bronchite catarrhale et douleurs rhumatoïdes. Convalescence interminable.

Alex. RENAULT. — Obs. 5. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1890).

...Éruption mixte à la tête et au cou. Aspect de scarlatine, tandis que le pseudo-exanthème des deux tiers inférieurs du tronc et des membres rappelait la rougeole ; angine bien moins accentuée que dans la scarlatine. La fièvre tombe au bout de 24 h. et au bout de 4-5 jours l'éruption s'était complètement évanouie.

André PETIT. — Obs. 6. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1890).

...Garçon de 14 ans, malaise général, courbature intense, frissonnements. Le soir même il offrait sur la face, le cou et la partie supérieure de la poitrine une éruption scarlatiniforme quoique moins granitée. Un peu de rougeur aux poignets et à la partie inférieure des avant-bras. Les yeux par contre étaient ceux d'un rubéoleux : injection conjonctivale intense, larmoiement, légère photophobie. Gorge légèrement rouge sans exsudat... Le lendemain l'éruption avait presque disparu complètement. La fièvre cédait le 3^e jour et l'enfant n'offrait plus qu'un médiocre catarrhe laryngo-trachéal qui dura peu de jours. Convalescence courte, pas de desquamation.

FAISANS. — Obs. 7. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1890).

Début de l'épidémie, décembre 1889. Garçon de 15 ans, fut pris brusquement de fièvre très violente, de douleurs, de

céphalalgie. Le 4^e jour survint une éruption scarlatiniforme sur tout le corps ; deux jours plus tard, apparurent les sudamina et le tout se termina par une *desquamation généralisée*. Le malade n'eut jamais ni coryza ni laryngite pouvant faire songer au catarrhe de la grippe. Ce qui augmentait encore à mon sens l'intérêt de ce cas c'est que la sœur du jeune homme, prise en même temps que lui de fièvre et de courbature et sans doute infectée aussi en même temps et dans le même milieu, présenta un cas type de la grippe sans la moindre éruption.

HUCHARD. — Obs. 8. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1890).

...Femme de 35 ans. Subitement la malade avait été prise de douleurs dans les articulations des genoux, du cou, des bras, etc. et deux jours après on vit au niveau des plis articulaires une éruption scarlatiniforme qui disparut en 48 h. et qui devint ensuite le siège de vives démangeaisons.

Bruno SELLNER. — Obs. 9. (*Prager Med. Wchnschr.*, 1899).

...Petite fille de 15 ans malade depuis le 5 mars : coryza, douleurs articulaires, mal de gorge, frissons. Le 6 mars adénopathie sous maxillaire droite et ganglions cervicaux. Gorge très rouge, amygdales grosses avec enduit pultacé. Quelques taches rouges sur le front, le cou et le dos des mains. Le 8 mars deux vomissements, puis éruption scarlatineuse classique : thorax, bras, abdomen. T° 38°5. Gorge rouge. Le 10 mars l'éruption pâlit ; le 11 il ne reste que sur la face antérieure du thorax. Le 22 il ne reste rien de l'éruption. Pas de desquamation.

Bruno SELLNER. — Obs. 10. (*Prager Med. Wchnschr.*, 1899).

...Malade ayant déjà eu la rougeole et la scarlatine. Gorge à peine rosée. T° 37°8. Le deuxième jour de la maladie : larges placards sur le thorax, l'abdomen et les membres. Au bout de trois jours l'éruption pâlit et brunit. Plus tard il n'y a aucune de squamation.

MONTEUX et LOP. de Marseille. — Obs. 11. (*Gaz des Hôp. Paris*, 1898).

...Jeune homme de 17 ans. Frissons, hypothermie, vomissement. Lassitude générale, céphalalgie. Au bout d'une semaine : pneumonie typique avec crachats rouillés, souffle tubaire. Deux jours après bronchopneumonie du poumon opposé. Le 12 février plus de fièvre. Il ne reste que quelques crépitants. Le 13 éruption scarlatineuse sur le thorax, fièvre 38°-40°. Pas d'angine. Le 17 et les jours suivants desquamation furfuracée qui gagne le cou, le dos et le scrotum. Le 20 le thorax desquame en larges plaques pendant 4 jours. Le 21, 22, 23, à chacun de ces jours on note une poussée cutanée nouvelle, accusée principalement au thorax. Chaque éruption rouge framboisée précédée de frissons, s'accompagne de congestion pulmonaire et d'élévation thermique. Les jours suivants, les régions qu'occupe l'exanthème sont le siège d'une nouvelle desquamation aussi intense que la première et typique surtout aux mains qui pèlent en doigt de gant. Le 22 enterrorragie, la semaine après le malade est convalescent très affaibli, avec escarre au sacrum et au talon... Pas d'albumine.

ANTONY et BISCONS. — Obs. 12. (*Gaz. Méd. des Hôp.*, 1899).

Soldat qui après une pneumonie grippale typique présente un rash scarlatiniforme typique avec langue saburrale. L'érythème disparaît au bout de 5 jours. La langue n'a pas desquamé. Le faciès a été rouge mais pas vultueux.

Prof. CARRIEU de Montpellier. — Obs. 13. (*N. Montpell. Médical*, 1892).

...Marie M., 19 ans, présente depuis 8 jours un brisement général des membres, céphalée et depuis deux jours a de la fièvre, puis face vultueuse et bouffie. Sur un fond fortement coloré en rouge se détachent des nombreuses élevures acuminées au sommet blanchâtre. C'est un acné généralisé associé à une éruption scarlatiniforme. L'éruption a beau-

coup diminué au bout de 3 jours. Elle a complètement disparu le 4^e jour. Il ne reste alors que les boutons d'acné dont la malade a habituellement des poussées.

Prof. CARRIEU de Montpellier. — Obs. 14. (*N. Montpell. Médical*, 1892).

...Domestique de 22 ans. La face est rouge congestionnée. Même teint rouge sur le tronc et en particulier vers les aisselles, sur le haut du dos et des fesses. Sur le fond rouge on aperçoit des petites élevures, véritables papules à peine saillantes et disposées irrégulièrement par groupes à bords sinueux et plus ou moins confluent. Langue saburrale. Au bout de quelques jours chute de la fièvre et de l'exanthème, légère desquamation furfuracée.

Albert JOBIN de Québec, Canada. — Obs. 15. (*Bulletin Médical de Québec*, 1923).

Jeune fille de 21 ans. A eu la rougeole à 14 ans. Grippée, dès le premier jour de sa maladie elle devient toute rouge... Notre malade est pratiquement couverte de rougeurs. Ces rougeurs siègent au visage, sur la poitrine et sur les membres supérieurs et inférieurs. L'éruption est plutôt légère sur la paroi abdominale.

Mais l'éruption n'est pas la même partout. Pendant que le visage est couvert d'un rouge vif uniforme, la poitrine présente une teinte qui ressemble en tout point à celle de la scarlatine. On y voit en effet un pointillé rouge vif se détachant sur une peau d'une teinte rouge pâle. C'est une éruption scarlatiniforme classique. Par contre à la partie antéro-interne des bras et cuisses ce sont des macules rouges isolées en assez grand nombre et laissant par place des intervalles de peau saine. C'est le tableau parfait de l'éruption morbiliforme. La gorge est nette.

Le troisième jour l'éruption a pâli et est devenue uniforme. Il n'y a pas eu de Köplik. Les prodromes ont fait défaut. Pas d'angine ni dépouillement de la langue... donc érythème infectieux grippal.

CEZILLY. — Obs. 16. (*Thèse Paris*, 1890).

Malade âgé de 25 ans, domestique... Gorge rouge, érythème scarlatiniforme. La langue ne desquame pas et n'est pas dépouillée. Pendant quinze jours d'observation ni desquamation, ni albumine.

PANTALEONI. — Obs. 18. (*Giornale di clinica medica Parma*, 1923).

Salle d'hôpital. Une épidémie de grippe survient... Le malade hospitalisé depuis plusieurs semaines est soigné pour rechute d'une maladie de Bouillaud ancienne. Température 39°5, toux sèche, brisement général, gorge rouge, un vomissement. Au bout de trois jours d'hyperthémie apparition d'une éruption granitée sur les parties antérieures du thorax, de la face et sur le tronc. La température s'élève un peu pendant trois à quatre jours puis apyrexie complète et sensation de bien-être général.

PANTALEONI. — Obs. 18. (*Giornale di clinica medica Parma*, 1923).

Quatre cas de malades femmes n'ayant aucun rapport avec les malades de la salle. Dans les 4 cas syndrome initial identique : brusque élévation thermique (39°5-40°) céphalée, éruption scarlatineuse du cou, thorax et des bras. Pas d'albumine, otite moyenne dans un cas. Chez toutes sensation de brisement général et douleurs musculaires diffuses. Trois jours après l'apparition de l'éruption la température tombe lentement pendant 5-6 jours. Desquamation lamellaire puis abondante sur toute l'étendue du corps de la face aux pieds. Chute complète de toute la peau. Guérison en l'espace d'un mois.

A ces observations, nous tenons à ajouter ces quelques lignes d'un article de Barthélemy (*Arch gén. de Méd.*, 1890) sur les éruptions grippales :

« Dans un cas, l'érythème scarlatiniforme, après avoir

disparu, revînt le cinquième jour et la fièvre qui était tombée reparut en même temps. Le reste de la maladie évolua comme une grippe. »

« Dans quelques cas l'angine a pu être intense, pul-tacée ou non, avec ou sans couennes herpétiques. Mais là encore, la durée de l'éruption, l'absence de desqua-mation cutanée, de dépouillement lingual, d'albumine et aussi le fait qu'on est entouré de cas de grippe sont de bons guides pour le clinicien. « Dans deux cas, le type de l'éruption scarlatiniforme était tel qu'il était impossible de faire le diagnostic différentiel exclusive-ment par les caractères objectifs. »

Tableau

résumé des symptômes des rashes scarlatiniformes des observations précédentes

Les vomissements se sont montrés dans 3 cas.

Le dépouillement lingual : jamais.

La gorge rouge : 4 fois.

La gorge à peine rosée : 1 fois.

Le prurit a été noté 2 fois.

La desquamation : 7 fois, dont 1 fois furfuracée.

L'éruption est apparue :

3 fois le premier jour de la maladie

1 fois le deuxième jour.

3 fois le troisième jour.

1 fois le quatrième jour.

2 fois après une pneumonie grippale.

1 fois huit jours après le début d'une grippe ty-
pique.

La durée de l'éruption :

2 fois de 24-36 heures.

1 fois 48 heures.

6 fois 3-6 jours.

1 fois 9 jours.

1 fois 14 jours.

Il n'y a jamais eu d'albumine.

Sur les 4 éruptions scarlatiniformes de Barthélemy, ce dernier n'a jamais observé ni albumine ni dépouillement lingual.

Seul, Leimdörfer, dans un article que nous avons mentionné, a signalé un aspect particulier de la langue grip-pale, se rapprochant de la langue framboisée de la scarlatine.

OBSERVATIONS DE RASHS MORBILIFORMES

COMBY. — Obs. 1. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1890).

Fille de 18 mois. Dès le premier jour apparition sans catarrhe oculo-nasal de papules arrondies saillantes, laissant entre elles de nombreux intervalles de peau saine. Le 3^e jour les papules miliaires avaient pâli. Aucune desquamation.

COMBY. — Obs. 2. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1890).

Garçon de 7 mois. Papules isolées, arrondies, plus larges et durables, laissant des macules grisâtres après huit jours. Elles se sont montrées le deuxième jour sur le tronc et les membres, respectant la face, rappelant les roséoles syphilitiques. Pas de desquamation.

COMBY. — Obs. 3. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1890).

Garçon de 17 mois. Papules rouges un peu saillantes et discrètes ont envahi dès le premier jour la face et les cuisses sans gagner les autres parties du corps. Le deuxième jour cette éruption était pâle en voie de disparition. Elle n'a pas donné de desquamation appréciable.

COMBY. — Obs. 4. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1890).

Eruption éphémère sur la poitrine, le dos et le ventre d'aspect morbiliforme.

Alex. RENAULT. — Obs. 5. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1890).

Deux malades nous furent envoyés avec le diagnostic de variole. Leur corps était couvert de petites taches rouges disparaissant sous la pression du doigt séparées par des intervalles de peau saine. Pas de catarrhe oculo-nasal. Au bout de 4 jours les taches avaient complètement disparu.

CARRIEU de Montpellier. — Obs. 6. (*N. Montp. Méd.*, 1892).

Dans une famille entière atteinte de grippe, un garçon de 3 ans grippé depuis la veille présentait une éruption apparue brusquement. Visage boursoufflé avec élevures. Papules confluentes au cou, aux mains, aux avant-bras, sur le haut de la poitrine et le dos, moins sur l'abdomen et les cuisses. Les yeux sont injectés mais pas larmoyants. Pas de coryza ni éternuments. Gorge très rouge avec amygdales tuméfiées. Il y a quelques rares sibilants à l'auscultation. (Il y a eu une légère dose d'antipyrine). L'éruption a disparu en 24 heures.

CARRIEU de Montpellier. — Obs. 7. (*N. Montp. Méd.*, 1892).

Ouvrier des P.T.T. qui couche dans une même pièce avec ses enfants. Il présente une multitude de papules légèrement saillantes et très confluentes surtout au niveau des jointures : poignets, coude, tronc, cuisses. La gorge est rouge, les yeux ne sont pas larmoyants. L'éruption disparaît en 24 heures. Il n'y a pas eu de contagion chez les enfants.

BROWNING. — Obs. 8. (*N. Y. Med. J.*, 1900).

Je fus appelé le 20 janvier auprès d'un malade au lit depuis la veille, avec une température de 103° F. Pharynx rouge et éruption morbiliforme. Pas de maladies éruptives dans l'entourage. Le malade a déjà eu la rougeole et les oreillons. Il n'y a pas eu de desquamation. La guérison survint au bout d'une semaine.

BARTHÉLEMY. (*Arch. Gen. de Med.*, 1890).

...Il s'agit de taches rouges, disposées soit en petites plaques irrégulières, soit en îlots arrondis ou ovalaires, soit en demi-cercle entrecroisés les uns sur les autres.

Le début se fait par la face, puis le tronc et puis les membres. En même temps il y a catarrhe des muqueuses, des conjonctives, des fosses nasales et de la gorge. Et l'on pourrait croire à la rougeole si l'éruption n'avait pas marqué le début brusque de la fièvre et de la maladie, si les taches rouges n'étaient moins saillantes, moins congestives, plus superficielles, si leur disparition n'avait été particulièrement rapide, si le défaut de toute desquamation n'attirait pas l'attention, si les sujets n'avaient pas tous déjà eu (et pour quelques mois à peine auparavant) la véritable rougeole, si enfin les autres symptômes concomittants de la grippe n'étaient pas là pour bien faire voir à quelle maladie on avait à faire.

Tableau

résumant les caractères des éruptions morbiliformes

Catarrhe oculo-nasal : n'a jamais été signalé.

1 fois yeux injectés, non larmoyants, sans coryza.

Bronchite : 1 fois.

Köplik : n'a jamais été signalé.

L'éruption est apparue :

7 fois le premier jour.

1 fois le deuxième jour.

L'éruption a disparu :

4 fois le deuxième jour.

2 fois le troisième jour.

1 fois le quatrième jour.

1 fois le huitième jour.

Durée de l'éruption :

5 fois 24 heures.

2 fois 48 heures.

1 fois 4 jours.

1 fois 8 jours.

Le signe de Köplik et le catarrhe oculo-nasal, signes des plus caractéristiques, n'ont donc jamais été observés. Le catarrhe bronchique n'a été observé qu'une fois. Deux malades avaient déjà eu la rougeole.

OBSERVATIONS D'ÉRYTHÈMES CIRCINES

Alex RENAULT. — Obs. I. (*Soc. Méd. Hôp.*, 1890).

...Chez le quatrième malade enfin l'érythème offrait des caractères particuliers, différents de ceux de la rougeole et de la scarlatine. Il était constitué par des placards rouge-pâle, de configuration irrégulière, disparaissant aisément sous le doigt et occupant la totalité du corps sauf la face. Le malade était sans fièvre et réclamait des aliments. L'éruption dura un peu plus que les précédentes. Elle ne s'éteignit complètement que le 8^e jour, sans traces de desquamation.

GAILLARD. — Obs. 2. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1898).

...Garçon de 20 ans, grippé le 5 mars : frisson, fièvre. Le 6 mars épistaxis, courbature, inappétence absolue. Le 9 mars

on trouve de la prostration, une céphalée frontale et langue saburrale épaisse. Le 12 mars apparaissent au dos des mains un semis de papules rouges, dont la dimension égale en moyenne celle d'une pièce de 0 fr. 20 et dont le centre est légèrement saillant, comme si l'on devait prévoir l'apparition d'une vésicule... Ces papules n'envahissent pas la région dorsale du poignet. Je les retrouve seulement à la nuque et aux parties latérales du cou... Le malade accuse une légère douleur aux poignets qui présentent une tuméfaction à peine appréciable. Température 38°-39°.

Le 13 mars les papules ont une teinte un peu plus foncée. Pas d'éruption nouvelle sauf à la partie inférieure de la face. Les élevures centrales ne se sont pas accentuées. Rougeur de la gorge avec piqueté sur le voile du palais, la luette et les amygdales. Le 13 et 14 mars même aspect de l'exanthème. Les papules sont plates, et non saillantes. Rien à signaler en dehors des régions indiquées. Le 15 mars les papules ont pâli. Elles n'offrent plus qu'une coloration rosée. La langue est saburrale, rouge sur les bords. Le 16 mars l'éruption a disparu sans laisser de traces. Le 18 mars langue nettoyée, pas de desquamation.

BARTHÉLEMY. — Obs. 3. (*Arch. Gén. de Méd.*, 1890).

...Deux fois seulement chez des enfants de 4 à 7 ans, l'érythème morbiliforme circiné ou hémicirciné s'est trouvé localisé exclusivement aux jambes, aux cuisses, aux fesses et aux avant-bras sans dépasser les coudes. L'affection n'était pas autre chose que la forme simple d'un érythème polymorphe et s'est comportée comme telle.

JACQUET. — Obs. 4. (*Thèse Paris*, 1919).

...Tous les érythèmes que nous avons observés chez les grippés en effet indépendamment des sudamina et de l'herpès qui sont d'ordre banal, ont revêtu un type unique, celui de l'érythème marginé aberrant. Nous en avons relevé personnellement 10 cas et il ne semble pas que le fait ait été exceptionnel... Ce type d'exanthème s'est retrouvé dans nos

dix cas avec une très grande netteté, sous forme d'orbes rosées, non saillantes à marche excentrique, circonscrivant une zone centrale de teinte livide et non prurigineuse. Les éléments éruptifs apparaissent sous forme maculeuse le deuxième jour en général, en retard de 24 heures sur les premiers symptômes ; ils s'agrandissent rapidement, suivant une marche excentrique, prennent leurs caractères habituels qui les font reconnaître du premier coup d'œil et persistent en faisant tache d'huile, pendant toute la période fébrile. Leur siège a varié suivant les malades.

Les premiers cas observés par nous au camp d'Avord étaient localisés aux extrémités, pieds et mains prédominant dans la zone d'extension avec quelques éléments dans la zone palmaire. Ils étaient accompagnés dans leur apparition de quelques phénomènes rhumatoïdes, étaient éclos sous forme de macules ; on les avait pris au début pour une simple poussée d'érythème polymorphe. Les éléments s'étaient agrandis par la suite mais non sans dépasser les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50. Il n'y avait pas d'élément sur la conjonctive.

Au mois de juillet chez un malade hospitalisé avec le diagnostic de méningite cérébro-spinale, l'exanthème très développée et dont les éléments avaient la dimension d'une pièce de 5 francs, formait un élégant tatouage sur tout le dos du malade, empiétant sur la racine des membres. Il s'agissait dans ce cas d'une grippe nerveuse très forte, à forme pseudo-méningitique et qui guérit par la suite sans autres incidents.

Plus tardivement enfin, chez les prisonniers rapatriés d'Allemagne après l'armistice et venant des camps allemands contaminés, nous avons observé d'autres cas, tous d'une extrême netteté. Chez l'un d'eux notamment, les éléments de la dimension d'une paume de main, dessinaient des larges arabesques sur le ventre et la partie antérieure du thorax.

LE CLERC. — Obs. 5. (*Soc. Méd. des Hôp.*).

...Femme âgée de 50 ans. Le 5^e jour au cours d'une grippe

thoracique débute une éruption qui se complète en trois jours. Elle occupe le cuir chevelu, la face, la nuque, les mains, les doigts et les genoux. L'éruption est confluyente et principalement aux poignets, aux mains et aux doigts.

L'élément éruptif est une plaque érythémateuse variant de la grandeur d'un grain de chenevis à celle d'une pièce de 0 fr. 50. La plupart des placards sont arrondis ou réguliers, quelques-uns sont oblongs, ovalaires ou irréguliers. En général tous ces éléments sont un peu saillants, d'une coloration rouge groseille uniforme. Les uns présentent dans les trois quarts de leur étendue une teinte grisâtre, comme si l'épiderme allait se soulever : on dirait une phlyctène de brûlure en voie de formation, limitée par un liseré rouge foncé qui se termine à pic. Cette pseudo-phlyctène piquée à l'aiguille ne donne aucune sérosité.

Les autres éléments offrent le type de l'érythème en cocarde : un point central rouge vif, une bande gris-bleuâtre et une nimbe périphérique de même couleur que le centre. Cette éruption est le siège de brûlures, de démangeaisons. Les placards sont un peu douloureux à la pression. L'éruption dure une semaine environ, commence à pâlir et même desquame tardivement.

CAMBESSÉDÈS. — Obs. 6. *Epidémie d'érythèmes circinés éveillée par la grippe*

a) Robert, 9 ans, fait une grippe fin mars à Paris. Le 1^{er} avril il présente une éruption avec les éléments circinés.

b) Son frère Jean, 6 ans, qui se trouve à Paris le 28, 29, 30, 31 mars fait de la fièvre entre 38° et 40°. Il rentre à Lille et six jours après le 6 avril fit une éruption circinée avec fièvre au max. 38°1 pendant deux jours.

c) Henri, âgé de 7 ans et demi, fait sans aucune fièvre le 15 avril une éruption circinée.

d) Alice, âgée de 10 ans et demi fait le 24 avril avec un léger fébricule 37°8 pendant deux jours une éruption circinée.

OBSERVATIONS D'ÉRYTHÈMES LENTICULAIRES

FEINDELL. — Obs. 1. (*Gaz. des Hôp.*, Paris, 1898.)

Jardinier, 18 ans, présente un malaise général, des cauchemars nocturnes et de la constipation opiniâtre. T° 40°3. La langue est blanche en son milieu, rouge sur les bords et la pointe. Palpation douloureuse des fosses iliaques avec gargouillement surtout net à droite. La percussion de la région splénique ne donne pas de matité. Des deux côtés des râles sibilants et s. crépitants, toux, crachats mucopurulents. Le 19 mars (12° jour de la maladie), apparition de taches rosées lenticulaires, environ 5-6. Le 20 mars on administre une purgation. Le malade a de la diarrhée et des selles abondantes. Le séro-diagnostic est négatif. La défervescence complète se fait en quatre jours. Sérodiagn. deux fois négatif à la défervescence. Disparition rapide de tous les symptômes.

PELON. — Obs. 2. (*Gaz. des Hôp. de Paris*, 1898.)

Soldat. Début par frisson en plein exercice. Céphalée, épistaxis. A commencé à tousser. Disparition complète de l'appétit et diarrhée abondante, 6-7 selles par jour.

À l'examen, malade abattu, langue d'aspect typhique, et pointe rouge. Le ventre n'est pas ballonné mais il est douloureux à la pression dans les deux fosses iliaques. Il présente quelques taches rosées très peu nombreuses mais bien nettes. On n'en observe pas sur le thorax. À l'auscultation seulement un peu de rudesse. T° élevée, 40°4; pouls, 96. Diagn. dothi légère.

Le 27 janvier, l'abattement persiste. La langue a les mêmes caractères. La diarrhée a cessé. On voit sur l'abdomen des taches rosées bien typiques. T° 39°-38°.

Le 29, sérodiagnostic négatif. La fièvre est tombée. La langue est normale. Le malade tousse, sous-crépitanls aux deux bases. Le 31, bon état, la toux a presque disparu.

PELON. — Obs. 3. (*Gaz. des Hôp. de Paris*, 1898.)

Le 25 janvier. Soldat. Violentes coliques accompagnées de diarrhée, en outre céphalée intense et lassitude très marquée. Il s'est mis à tousser et à cracher et a perdu l'appétit.

Diarrhée avec 6-7 selles par jour. Les deux fosses iliaques sont douloureuses à la pression. Il y a des taches rosées nombreuses sur l'abdomen et le thorax. La langue est rouge à la pointe et sur les bords, blanche en son milieu. T° 39°-38°8. Pouls 90.

27 janvier, le sérodiagnostic est négatif, la température baisse, la langue a encore l'aspect typhique, la diarrhée s'est arrêtée. Les taches rosées sont bien nettes et abondantes.

Le 29 janvier, le malade se trouve mieux, ne souffre plus ni de la tête ni du ventre. Il y a encore des taches rosées. La toux persiste avec des râles sous-crépitaux aux deux bases. Le 31, plus de fièvre, pas de nouvelles taches.

LE CLERC. — Obs. (*Soc. Méd. Hôp.*)

1) Apparition de taches rosées le huitième jour de la maladie, disparition le onzième jour cédant la place à des sueurs durant 2-3 semaines.

2) Sueurs le deuxième jour. Taches rosées lenticulaires le troisième jour, sur le ventre, la poitrine et le dos, par poussées successives jusqu'à chute de la température qui se fait le vingt-et-unième jour.

3) Apparition de taches rosées le troisième jour. Il s'agit d'un alcoolique mort de congestion pulmonaire.

ESSAI D'EXPLICATION

Nous allons essayer, dans le chapitre présent, de chercher une explication à ces manifestations éruptives. Par l'analyse poussée des symptômes, par l'étude de l'évolution de cette multitude de manifestations, nous espérons contribuer à connaître leur nature véritable.

Les observations les plus nombreuses et les plus détaillées sont celles des rashes scarlatiniformes. Aussi c'est par elles que nous allons commencer. La première remarque que l'on fait à la lecture de ces 18 observations, c'est que leur tableau clinique est très variable. On y trouve des faits, soit tout à fait atypiques, comme par exemple une éruption scarlatiniforme localisée uniquement aux poignets, ou seulement aux plis de flexion, ou exclusivement sur le dos, soit tout à fait classiques au point de vue scarlatine : éruption généralisée, avec gorge rouge, desquamation en doigt de gant, le tout précédé de fièvre brusque, de vomissements, évoluant à la saison d'hiver au milieu d'une épidémie. Y a-t-il une parenté entre ces deux aspects extrêmes du rash scarlatiniforme ?

Il nous semble que oui. Ces rashes sont observés uniquement à certaines épidémies. A la lecture de la bibliographie de nos observations, on ne peut pas ne pas être frappé du fait que la grande majorité des publications ont trait à l'épidémie de l'hiver de l'année 1889-1890. Par contre, l'épidémie de 1918 survenant pendant les

mois de l'été, surtout de avril à octobre, n'a pas vu ces érythèmes. Ainsi malgré le nombre considérable de malades touchés et surveillés aux armées, ni le Professeur Dopter, ni les médecins militaires ne les signalent. Au contraire on souligne parfois qu'ils n'ont jamais été observés.

Le 15 avril 1918, le médecin consultant de la III^e armée, rendait compte qu'il avait été appelé à constater l'éclosion dans plusieurs unités ou formations, d'une affection se traduisant de la façon suivante :

« Début brusque, élévation thermique rapide (39°-40°) avec céphalée, langue blanche, nausées, constipation, toux sèche et sibilances pulmonaires ; aucune éruption cutanée. Disparition de ces troubles en deux ou trois jours. » (Dopter, Mal. Inf. pendant la guerre, 1921.)

On ne peut s'empêcher de penser en opposant ces épidémies que pour que la grippe s'accompagne d'éruption, il faut quelque chose de particulier. Il semble que l'apparition du rash scarlatiniforme est subordonné à certaines conditions. Il faut que la grippe survienne chez un sujet porteur de germes, par exemple, de scarlatine, pour que le sujet fasse un rash scarlatiniforme.

L'observation suivante de notre Maître Cambessédès est fort instructive à cet égard. Elle démontre une série de faits extrêmement importants : premièrement, que le rash scarlatiniforme le plus atypique est de même nature que l'éruption scarlatiniforme la plus classique, de même nature que la scarlatine. Deuxièmement, que ces rashes sont contagieux. Troisièmement que le rash est éveillé par la grippe au même titre que cette dernière maladie éveille une diphtérie chez une porteuse de germes diphtériques. L'action de la grippe sur le virus de

la scarlatine doit être la même que sur le bacille diphtérique, c'est-à-dire une exaltation de virulence.

Voici les faits de l'observation elle-même. Il s'agit d'une épidémie de grippe familiale survenant dans une famille médicale. Des médecins particulièrement compétents de la Faculté de Paris l'ont suivie.

Sept personnes ont été prises successivement. Le rash scarlatiniforme apparaît d'abord localisé, atypique. Propagé au deuxième malade, il est encore localisé à une petite région, au dos des poignets seulement.

La troisième malade a une éruption scarlatiniforme généralisée mais légère. Enfin la quatrième malade fait une scarlatine typique avec tous les caractères classiques : langue décapillée, desquamation en doigt de gant, etc. Les deux dernières malades couchent dans la même chambre.

La contagiosité du rash est manifeste. On assiste à l'exaltation progressive de virulence. Le rash le plus atypique est le premier échelon semblable au dernier qui est la scarlatine commune.

La septième enfant fait enfin une diphtérie grave. Cette malade a déjà eu la scarlatine l'année passée. La recherche de bacilles de Lofler dans la gorge faite à tous les membres de la famille s'est montrée négative. Et seule cet enfant de toute la maison, certainement porteuse de germes diphtériques, a été touchée. Ici nous devons opposer à ce fait que deux enfants sur les six ont fait une grippe simple sans érythème et aussi sans diphtérie. Comment expliquer ce dernier cas, si le rash était réellement d'origine grippale ?

L'exaltation de virulence, manifeste dans la transformation à vue d'œil d'une scarlatine bénigne en une scar-

latine grave est le fait du biotropisme. Ce phénomène biologique d'ordre général est décrit par M. Milian dans son ouvrage illustré d'un grand nombre d'exemples analogues à notre cas.

Voici un des exemples le plus typique de biotropisme que nous extrayons du livre de cet auteur pour illustrer l'explication de ce phénomène, qui nous semble intervenir dans la production des érythèmes de la grippe.

M. Milian, *Le Biotropisme*, 1929 (J.-B. Baillière et Fils), page 17 :

« Le 3 mars, je vois un jeune Roumain de 24 ans atteint d'un chancre syphilitique... l'ultramicroscope montre des tréponèmes en abondance. Le malade est mis immédiatement au traitement antisypilitique et reçoit, le 4 mars, 30 centigr. de 914. Dans la nuit il est pris de « douleurs poignantes » de la tête, qui, le 5 au matin, persistent encore avec une température de 38°4. Il reste au lit avec des sueurs, malaise, agitation, anorexie. La température monte à 38°8 pour retomber à la normale le 6 mars au matin... »

« Le 9 mars, à 18 heures, injection de 30 centigr. de 914. Le soir, même agitation, insomnie, toux sèche, fréquente, se reproduisant toutes les cinq ou dix minutes. La nuit entière se passe dans la fièvre avec 38°7.

« Les jours suivants, même état fébrile et le 13, jour auquel nous voyons le malade, la température est de 39°7, le visage un peu vultueux. Il y a eu des sueurs abondantes dans la nuit, de minuit à 4 heures du matin. Il n'y a aucun signe d'intoxication arsenicale, mais seulement un état infectieux, dont nous rendons responsable une légère angine pultacée. »

« Le malade inquiet craint de ne pouvoir tolérer ulté-

rieurement la médication. Le Professeur Janselme, appelé en consultation, constate, lui aussi, une angine pul-tacée et conclut à la possibilité de continuer le traitement. Le soir de cette consultation la température atteint 39°8. »

« Le 14, amélioration. Le 15, température 37°3. Pendant la nuit, sueurs abondantes et douleurs aux poignets. Le 17 il y a encore toute une série de phénomènes infectieux et comme le malade manifeste toujours son appréhension pour une nouvelle injection de 914, que d'autre part il y a urgence à continuer la médication anti-syphilitique, je fais, le 21 mars, 7 centigr. d'huile grise intramusculaire. »

« Or trois jours après celle-ci, frissons, soif vive, amertume de la bouche, toux sèche, douleurs aux genoux, céphalée, puis sueurs profuses et 40° de température. Je pense d'abord à une colique mercurielle. »

« Mais à partir de ce jour, les accès fébriles se caractérisent, apparaissent d'une manière régulière, tous les deux jours à la manière d'une fièvre intermittente palustre. La courbe thermique devient caractéristique d'accès de fièvre intermittente. »

« Nous interrogeons le malade dans ce sens, mais il affirme, ce qui complique encore la question, n'avoir jamais eu le moindre accès de malaria. Il habitait Bucarest avant la guerre, ville sans paludisme. Il me dit avoir eu seulement durant la guerre, en Moldavie, pendant l'été de 1917, une petite crise de jaunisse avec fièvre qui dura trois jours et guérit seule, sans quinine ni autres soins. »

« Malgré les antécédents, le paludisme paraissait évident, et mis en éveil par la courbe thermique, nous re-

cherchons l'état de la rate dont l'hypertrophie (6 travers de doigts de hauteur de matité sur la ligne axillaire postérieure) confirmait le diagnostic clinique de paludisme. »

« Le 1^{er} avril, un nouvel accès à 41°5 se produisit de nouveau, avec nausées, vomissements bilieux, sifflements d'oreilles, tête lourde, soif insatiable, vertiges, goût de pétrole dans la bouche, diarrhée, sueurs abondantes. »

« Une hémoculture pratiquée au cours de cet accès resta entièrement négative. Par contre, la coloration du sang au May-Grunwald, mit en évidence la présence de nombreux corps en rosace, mérozoïtes, schizontes dont l'aspect était caractéristique du *Plasmodium Vivax*. »

« Le malade fut mis à la quinine à la dose de 1 gr. 50 par jour jusqu'au 6 avril, puis de 1 gr. du 7 au 16 et de 0 gr. 50 du 17 au 23. Les accès palustres cessent immédiatement. Le 5, quelques jours après le traitement quinique, le traitement par injections intraveineuses de novarsenobenzol fut repris. Le 6 avril, injection de 30 centigr. qui réveilla, cette fois encore, quelques phénomènes réactionnels légers : douleurs thoraciques, 39° le soir, 38°2, 37°3 le soir du lendemain. »

« Le 11 avril, 30 centigr., quelques douleurs articulaires. Le 19 avril, 40 centigr., avec insomnie et quelques douleurs articulaires aux doigts. Et dès lors le traitement put être pratiqué sans encombre à 50, 60, 60, 75, 80, 90, 90, 90, 90 centigrammes. »

« Il est à noter que la deuxième dose de 90 cgr., administrée le 4 juin, provoque une vive réaction à 39° avec frissons, mais les deux suivantes se passèrent sans aucune autre manifestation. Il est probable qu'il y a eu, là encore un réveil passager de paludisme. »

« Exemple caractéristique d'éveil par le novarsenobenzol et le mercure, d'un paludisme latent, tellement

latent que jamais il n'avait été connu du malade. Il n'y avait jamais eu d'accès fébrile... »

Comme l'on vient de voir par l'observation précédente, le biotropisme est le réveil, l'exaltation de virulence d'un microbisme latent. Si l'on compare l'observation précédente avec celle de M. Cambessédès sur l'épidémie de rashes scarlatiniformes dans une même famille avec une diphtérie grave on est frappé de la ressemblance des faits. L'évolution ultérieure de ces rashes a confirmé leur nature scarlatiniforme. L'apparition de scarlatine et de diphtérie, le fait que seulement certains membres de la famille ont été touchés serait expliqué d'une façon satisfaisante par le biotropisme.

Dans le livre que nous venons de citer, M. Milian a déjà signalé que la grippe est capable de réveiller une autre maladie. Il rapporte notamment le cas de Neuda (Ueber eine Beziehung der Grippe zur Lues. Wien. klin. Wechnschr., 1920) : « ...Une jeune fille de 19 ans, syphilitique, a une réaction de Wassermann négative. Atteinte de pneumonie grippale, sa réaction devient positive pendant toute la durée de la maladie et redevient négative à la guérison. »

Dans une observation d'érythème grippal que l'on trouve un peu plus haut, publiée 39 ans avant l'ouvrage de M. Milian, on voit au cours d'une grippe survenir une éruption d'acné généralisé. La malade en a habituellement des poussées. La grippe a provoqué une poussée et aussi en exaltant sa virulence lui a donné sa forme généralisée.

Barthélemy, à la même époque, note des faits analogues, signalant le réveil par la grippe d'un certain nombre de maladies : furonculose, sycosis vulgaris, pityriasis lichénoïde, etc.

Des faits analogues extrêmement nombreux et variables ont été signalés depuis près de 40 ans, mais en l'absence d'une explication de ces manifestations éruptives, on s'est le plus souvent contenté de les classer dans la rubrique de la « grippe éruptive ».

Voici un certain nombre de maladies, ayant chacune leur identité clinique, qui ont été décrites dans la grippe : furonculose, sycosis vulgaire, herpès, zona, érythème noueux, noma, ulcérations gangréneuses, érythèmes polymorphes, pityriasis rubra pilaire, urticaire, purpura, eczéma, sclérodermie, typhus exanthématique pétéchial, etc.

De même que certains auteurs ont attribué à la syphilis dans certains cas le zona ou l'érythème noueux (érythème noueux syphilitique, M. Mauriac), d'autres auteurs ont fait le rapprochement entre la grippe et l'érythème noueux (Comby : érythème noueux post-grippal). V. Janovski, dans la *Ceska Dermatologia* 1921, le considère comme étant d'origine grippale et le fait entrer dans sa classification des éruptions grippales à côté de l'urticaire et du purpura. Nous reproduisons cette classification dans la première partie de cette thèse.

Edw. Hermann fait la même chose pour le zona « ...Nous avons observé le cas de deux enfants, atteints d'herpès zoster qui fut disséminé dans l'entourage ».

Reilly au Congrès de Médecine de New-York 1900, déclare avoir observé dans la grippe « ...Une épidémie de névralgies intercostales avec éruption herpétique... »

Le typhus exanthématique pétéchial a été observé à Buenos-Aires pendant l'épidémie de 1918. Deux malades ont été autopsiés. Sur un malade on a pratiqué une biopsie des macules. Les résultats trouvés par A.-H. Reffe sont caractéristiques du typhus exanthématique.

Il est très probable que dans les rashes morbiliformes on se trouve en présence de cas de rougeole, et que les érythèmes lenticulaires d'ailleurs peu nombreux doivent être rapportés à la Rubéole.

Quant à l'érythème circiné que Solente considère comme particulier à la grippe on peut se demander en présence d'observations établissant sa nature contagieuse s'il ne s'agit pas de cette affection peu connue en France qui est la Cinquième Maladie. Les dix observations de Jacquet viennent de camps de soldats ou prisonniers, milieux particulièrement suspects d'épidémie.

L'auteur anglais qui le premier a parlé de la 5^e maladie Duke (ou Filatow) l'a signalé dans sa première observation dans un cas de grippe.

Le service des épidémies a signalé en France une épidémie de 5^e maladie en 1932. Les récents travaux de M. Tanon, Cambessédès et Lind semblent nous autoriser à émettre l'hypothèse qu'il s'agit là de cas de 5^e maladie, appelée par ces auteurs Mégalérythème épidémique.

Enfin l'observation de M. Cambessédès que l'on trouve plus haut nous montre que l'éruption circinée apparue au cours d'une grippe a pu se propager à d'autres sujets, suivre son propre cours de maladie infectieuse avec incubation fixe (9 jours dans le cas en question), et avec des caractères particuliers, entièrement différents de ceux de la grippe. Ce dernier cas vient encore renforcer l'hypothèse qui considère les manifestations éruptives comme des maladies « réveillées par la grippe par le phénomène qui a reçu de M. Milian le nom de Biotropisme.

CONCLUSION

1. Au cours de certaines épidémies de grippe on voit apparaître des érythèmes (épidémie de 1889-1890) alors que dans certaines autres épidémies des faits analogues ne sont pas rapportés (épidémie de 1918).

2. Il s'agit d'un caractère de l'épidémie. La grippe, qui est semblable à elle-même, présente pourtant un caractère spécial à chaque épidémie : grippe pulmonaire, grippe nerveuse, grippe intestinale.

3. On décrit des érythèmes à côté des zona, herpès, furoncles, etc. On décrit surtout quatre formes spécialisées : scarlatiniforme, morbiliforme, lenticulaire et circiné.

4. A lire les observations il est légitime de se demander s'il ne s'agit pas de scarlatine, rougeole et rubéole.

5. Reste l'érythème circiné. Mais à la suite des travaux récents de Tanon, Cambessédès et Lind on peut se poser la question de savoir s'il ne s'agit pas de la 5^e maladie. Cet érythème est considéré par certains auteurs comme spécial à la grippe.

6. Ainsi ces divers érythèmes entreraient dans le cadre des autres affections cutanées : herpès, zona, etc. dont personne ne songe à nier l'individualité.

7. Pour nous, nous admettrions volontiers que l'aner-

gie grippale très connue a permis à des microbismes latents de « sortir ». Des modifications sont peut-être apportées à leur tableau clinique par le terrain grippal.

8. Les faits connus du Biotropisme du D^r Milian seraient à rapprocher des faits observés dans la grippe.

9. En présence de certaines observations il faut se méfier de la contagiosité des rashes de la grippe.

Vu : le Président de la thèse,

L. TANON.

Vu : le Doyen,

M. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Auteurs français :

- RECAMIER. — Acad. Royale de Médecine, février 1837.
LEPELLTIER. — Acad. Royale de Médecine, février 1837.
COMBY. — Soc. Méd. des Hôp., 1890.
HUCHARD. — Soc. Méd. des Hôp., 1890.
FAISANS. — Soc. Méd. des Hôp., 1890.
PETIT (André). — Soc. Méd. des Hôp., 1890.
RENAULT (Alex.). — Soc. Méd. des Hôp., 1890.
FÉRÉOL. — Soc. Méd. des Hôp., 1890.
RENAULT (Jules). — Bull. de l'Académie de Médecine, 1918.
DEBRÉ (Robert). — Soc. de Biologie, 1918.
SOLENTÉ (G.). — La Pratique Médicale Française, 1930.
LORTAT-JACOB et SOLENTÉ. — Presse Médicale, 1930.
BARTHÉLEMY. — Archives Générales de Médecine, 1890.
DUFLOCQ. — Revue de Médecine, 1890.
JACQUET. — Thèse Paris, 1919.
CARRIEU DE MONTPELLIER (Prof.). — Nouveau Montpell. Médical, 1892.
PELON. — Gazette des Hôp. de Paris, 1898.
FEINDELL. — Gazette des Hôp. de Paris, 1898.
CEZILLY. — Thèse Paris, 1890.
LE CLERC. — Soc. Méd. des Hôp., 1890, 1898, 1904, 1909, 1911.
GODLEWSKI. — Bull. et Mémoires de la Soc. de Médecine de Vaucluse, Avignon, 1905.
JOBIN (A.). — Bulletin Méd. de Québec, 1923.
GAILLARD. — Soc. Méd. des Hôp., 1898.
ANTONY et BISCONS. — Gaz. Méd. des Hôp., 1899.

- MONTEUX et LOP. — Gaz. des Hôp., 1898.
DOPTER. — Les Maladies infectieuses pendant la Guerre, 1921.
LEMIERRE (G.). — Bull. de la Soc. Anat. Clin. de Lille, 1892.
HUTINEL et DARRÉ — Traité des Maladies des Enfants.
MILIAN. — Le Biotropisme. J. B. Baillière et Fils, 1929.

Auteurs étrangers :

- ARNOLD (B.). — The Rhode Island M. Soc. Providence, 1900.
BROWNING (R.-R.). — N. Y. Med. J. 1900.
FRANKEL (B.). — N. Y. Med. J. 1918.
GARRISSON (H.-E.). — J. Am. M. Assoc. Chicago, 1900.
HARDY (H.-N.). — Brit. Med. J. London, 1899.
MAPOTHER. — The Lancet. London, 1890.
MASON (C.-F.). — Boston M. et S. J. 1892.
MUIR (A.). — Med. OFF. London, 1922.
REGAN (J.-C.). — Arch. Pediat. N. I. 1924.
ROBINSON (S.-G.). — Boston.
LEIMDÖRFER. — Wien. Klin. Wochnschr. 1920.
MORAWETZ. — Wien. Klin. Wochnschr., 1920.
SELLNER (Bruno). — Prager Med. Wochnschr., 1899.
HAÏNISS (E.). — Wien. Klin. Wochnschr., 1919.
JORDAN (A.). — Dermat. Wochnschr., 1930.
SCHUMACHER. — Zentralblatt für Geschl. Und Hautkrankheit, 1924.
FREUND. — Zblt. für Geschl. und Hautkr., 1922.
KERL. — Zblt. für Geschl. und Hautkr., 1922.
GEIGER. — Zblt. für Geschl. und Hautkr., 1928.
WILLI. — Schweiz med. Wochnschr., 1929.
PAJARES (V.). — Pediatria Espan. Madrid, 1928.
ROFFO (A.-H.). — Prensa medica argentina. Buenos-Aires.
PANTALEONI. — Giornale di clinica medica Parma, 1923.
JANOVSKI (V.). — Ceska Dermatologia, 1921.
POLOTEBNOFF. — Handb. f. Hautkrank., 1928.
IEGOROFF. — Klin. Méd., 1929.
MASCHILLEISON. — Demonstrations. Moscou, 1928.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
DESCRIPTION DES MANIFESTATIONS ÉRUPTIVES.....	17
<i>Eruptions scarlatiniformes</i>	17
<i>Observations de rashes morbiliformes</i>	25
<i>Observations d'érythèmes circines</i>	28
<i>Observations d'érythèmes lenticulaires</i>	32
ESSAI D'EXPLICATION	34
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	45
